

Veuillez inscrire toutes les indications en caractères d'imprimerie et au stylo noir ou bleu		1 ^{er} Ctrl.
Lieu du don de sang _____		
Sexe	Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>
Nom de naissance _____		
Nom marital _____		
Prénom _____		
Date de naissance _____		
Adresse _____		
N°postal et domicile _____		
Profession	Tél. prof _____	
Tél. privé _____	Mobile _____	
e-mail _____		
Médecin traitant _____		
Avez-vous changé d'adresse au cours des 6 derniers mois ou depuis votre dernier don de sang ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

A compléter par le T-FR		2 ^{ème} Ctrl.
N° de donneur _____	N° de don _____	
Hb _____ TA _____		
Kg _____ Pouls _____		
Thr _____ Ht _____ Taille _____		
Protocole de prise _____	N° Balance _____	
Ponction Visa _____	Déconnexion Visa _____	
Type de don _____		
Volume _____	Minutes _____	

Questionnaire médical

Important : Le questionnaire est à remplir uniquement le jour du don de sang.

Vous venez de lire le formulaire d'information pour les donateurs de sang et vous pensez être apte à donner de votre sang. Nous vous remercions de bien vouloir maintenant répondre avec la plus grande sincérité aux questions ci-dessous en cochant d'une croix la case correspondante. Vous contribuerez ainsi à assurer votre propre sécurité et celle des patients qui reçoivent votre sang.

Formulaire de consentement à compléter et signer par la donneuse / le donneur

- Je consens par la présente à donner mon sang.
- Je confirme par ma signature que j'ai bien lu et compris toutes les informations du formulaire d'information pour les donateurs de sang (01.02.2023), et que l'on m'a fourni toutes les explications nécessaires.
- Je confirme que mes données personnelles sont correctes et que j'ai répondu en toute sincérité au questionnaire.
- Je sais que le sang que je donne est soumis à des tests biologiques pouvant comporter des méthodes génétiques si nécessaire et qu'un échantillon de mon sang sera conservé pour d'éventuels contrôles selon la Loi sur les produits thérapeutiques. J'accepte d'être informé des résultats en cas d'anomalie.
- Je suis d'accord que certains composants de mon don peuvent être utilisés pour la fabrication de médicaments.
- Je consens également à ce que mon don ou certains de ses composants soient utilisés dans des cas exceptionnels pour la recherche médicale après anonymisation définitive ou sous une forme codée.
- Les données personnelles collectées dans le cadre du don du sang sont soumises au secret médical et utilisées exclusivement par Transfusion CRS Suisse (T-CH) et les Services régionaux de transfusion sanguine CRS, qui sont légalement tenus à respecter la Loi sur la protection des données et de signaler aux autorités toute maladie soumise à déclaration obligatoire.

Date du jour : _____ **Signature de la donneuse / du donneur :** _____

	Oui	Non	Visa
1. Avez-vous déjà donné de votre sang ? Si oui, la dernière fois, quand ? _____ Où ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Pesez-vous plus de 50 kg ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Etes-vous actuellement en bonne santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Au cours des 14 derniers jours, avez-vous eu un traitement dentaire ou d'hygiène dentaire, par ex.une obturation dentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous reçu des soins médicaux, avez-vous eu de la fièvre à plus de 38° ou d'autres maladies légères telles que diarrhée, rhume ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. a) Ces 4 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments, ou en prenez-vous de façon régulière, même sans prescription médicale (p.ex. comprimés, injections ou suppositoires) ? Lesquels ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments spécialement contre : - l'hyperplasie prostatique ou la chute des cheveux ? (p.ex. Alocapil®, Finacapil®, Propecia® ou Proscar®) - ou contre l'acné ? (p.ex. Roaccutan®, Curakne®, Isotretinoïne®, Tretinac® ou Toctino®) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Ces 4 derniers mois, avez-vous suivi une thérapie antirétrovirale PEP/PrEP ?(p.ex.Truvada®, Isentress®, Prezista®, Norvir®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous pris de l'Avodart® ou du Duodart® pour l'élargissement de la prostate ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Au cours des 3 dernières années, avez-vous pris du Neotigason®, Acicutan® contre le psoriasis ? ou Erivedge® en raison d'un carcinome basocellulaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu des médicaments dérivés du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. a) Avez-vous reçu une immunothérapie (cellules ou sérum d'origine humaine ou animale) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été vacciné(e) contre la rage, le tétanos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Ces 4 dernières semaines, avez-vous reçu d'autres vaccins ? Lesquels ? _____ Quand ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Présentez-vous ou avez-vous présenté les symptômes ou les maladies suivantes ? Veuillez entourer :			
a) Affection cardiaque/circulatoire ou pulmonaire (p.ex. problème de pression artérielle, infarctus, problèmes respiratoires, accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), perte de conscience) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Affection allergique (p.ex. rhume des foins, asthme, allergie médicamenteuse) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Maladie de la peau (p.ex. blessure, éruption, eczéma, bouton de fièvre) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Autres maladies (p.ex. diabète, maladie du sang, de la coagulation, affection vasculaire, affection rénale, maladie nerveuse, épilepsie, cancer, ostéoporose) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Oui	Non	Visa
9. Au cours des 3 dernières années ou depuis votre dernier don de sang, avez-vous <input type="checkbox"/> séjourné à l'hôpital ? <input type="checkbox"/> eu un accident ? <input type="checkbox"/> été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. a) Avez-vous reçu une greffe de tissu, humain ou animal, ou une transplantation d'organe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Avez-vous été opéré(e) du cerveau ou de la moelle épinière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Avez-vous été traité(e) par hormone de croissance avant le 1.1.1986 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Etes-vous, ou un membre de votre famille est, ou a-t-il été atteint par la maladie de Creutzfeldt-Jakob ? Veuillez le signaler même en cas de doute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Avez-vous séjourné entre le 1.1.1980 et le 31.12.1996 pour une durée totale de 6 mois ou plus au Royaume-Uni (Angleterre, Pays de Galles, Ecosse, Irlande du Nord, Ile de Man, Iles Anglo-Normandes, Gibraltar et Iles Malouines) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Avez-vous reçu une transfusion sanguine depuis le 1.1.1980 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous voyagé hors de la Suisse ?			
a) Si oui, où et pour combien de temps ? _____ Depuis quand êtes-vous de retour ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Avez-vous présenté des symptômes sur place ou depuis votre retour (p.ex. fièvre) ? Lesquels : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. a) Etes-vous né(e) hors de la Suisse, y avez-vous grandi ou vécu pendant plus de 6 mois ? Si oui, dans quel pays ? _____ Si oui, depuis quand vivez-vous en Suisse ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Votre mère est-elle née dans un pays extra-européen, y a-t-elle grandi ou vécu pendant plus de 6 mois ? Si oui, dans quel pays ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. a) Avez-vous déjà présenté, au cours des - 6 mois précédents -> <input type="checkbox"/> toxoplasmose <input type="checkbox"/> mononucléose infectieuse <input type="checkbox"/> amibiase <input type="checkbox"/> shigellose <input type="checkbox"/> méningo encéphalite verno estivale à tiques - 12 mois précédents -> <input type="checkbox"/> bilharziose <input type="checkbox"/> gonorrhée - 24 mois précédents -> <input type="checkbox"/> ostéomyélite <input type="checkbox"/> fièvre rhumatismale <input type="checkbox"/> tuberculose <input type="checkbox"/> fièvre récurrente <input type="checkbox"/> syndr.Guillain-Barré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Avez-vous déjà présenté l'une des maladies suivantes : <input type="checkbox"/> paludisme <input type="checkbox"/> maladie de Chagas <input type="checkbox"/> brucellose <input type="checkbox"/> Ebola <input type="checkbox"/> échinococcose <input type="checkbox"/> leishmaniose <input type="checkbox"/> lymphogranulome vénérien <input type="checkbox"/> filariose <input type="checkbox"/> fièvre Q <input type="checkbox"/> babésiose ou <input type="checkbox"/> d'autres infections graves ? Si oui, lesquelles ? _____ Quand ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été piqué(e) par une tique ? Si oui, précisez quand : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Au cours des 4 dernières semaines avez-vous eu un contact avec une personne qui a ou qui a eu une maladie infectieuse ? Si oui, laquelle ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Au cours des 4 derniers mois, avez-vous eu un(e) : <input type="checkbox"/> gastro-ou colonoscopie, <input type="checkbox"/> piercing, <input type="checkbox"/> tatouage, <input type="checkbox"/> traitement par acupuncture, <input type="checkbox"/> épilation par aiguille, <input type="checkbox"/> traitement cosmétique tel que maquillage permanent ou microblading ? <input type="checkbox"/> contact avec du sang étranger (blessure par piqûre d'aiguille, éclaboussures de sang ayant atteint les yeux, la bouche ou autres parties du corps) ? Si oui, quand ? _____ et où ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Avez-vous déjà présenté une jaunisse (hépatite) ou eu un test de l'hépatite positif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. a) Est-ce qu'une ou plusieurs situations à risque suivantes s'appliquent à vous ? <input type="checkbox"/> Avez-vous changé de partenaire sexuel(le) au cours des 4 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Avez-vous eu des rapports sexuels (protégés ou non) avec plus de deux personnes au cours des 4 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Avez-vous pris de la drogue par voie injectable ? <input type="checkbox"/> Avez-vous eu des rapports sexuels sous l'influence de drogues de synthèse au cours des 12 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Avez-vous eu des rapports sexuels pour lesquels vous avez reçu de l'argent ou d'autres prestations (drogues ou médicaments) au cours des 12 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Avez-vous déjà eu un test positif pour le HIV (virus du SIDA), la syphilis ou la jaunisse (virus de l'hépatite B ou C) ? <input type="checkbox"/> Votre partenaire de vie, sexuel(le) ou de logement a-t-il/elle été atteint(e) d' une jaunisse (hépatite B ou C) au cours des 6 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Votre partenaire sexuel(le) a-t-il /elle contracté la maladie à virus Zika au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. A remplir seulement par les hommes : b) Avez-vous eu des rapports sexuels entre hommes au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. A remplir par les hommes et les femmes : c) Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires qui ont été exposé(e)s à'une situation à risque selon la question 16 (a et b) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Au cours des 4 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires qui ont séjourné plus de 6 mois dans un pays où le taux d'infection au HIV, au virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C est élevé ou y ont reçu une transfusion sanguine ? Date de retour du partenaire : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. A remplir seulement par les femmes : a) Avez-vous déjà été enceinte ? Si oui, date de la dernière grossesse : _____ b) Avez-vous reçu des injections hormonales pour le traitement de la stérilité avant le 1.1.1986 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

A compléter par T-FR :

Remarque Anamnèse par T-FR

N° _____
N° _____
N° _____
N° _____
N° _____
N° _____

Aptitude au don : Oui Non

Visa contrôle

CI _____

Date :

Visa :